

И.Ю. ИЛЬИНА, к.м.н., доцент, **Ю.Э. ДОБРОХОТОВА**, д.м.н., профессор, ГБОУ высшего профессионального образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

ОСОБЕННОСТИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Проблема недержания мочи – одна из самых часто встречаемых среди заболеваний у женщин, особенно в старческом возрасте. Для некоторых гинекологических заболеваний характерно развитие различных видов нарушения мочеиспускания, таких как стрессовое недержание мочи и гиперактивный мочевого пузыря. В зависимости от причин, приведших к развитию нарушений мочеиспускания и особенностей течения данной патологии, рекомендуются различные виды лечения.

Ключевые слова: стрессовое недержание мочи, императивное недержание мочи, гиперактивный мочевого пузыря, Спазмекс

Проблема недержания мочи – одна из самых часто встречающихся среди заболеваний у женщин, особенно в старческом возрасте [1–3].

Международное общество по вопросам изучения удержания мочи (1974) определило недержание мочи как условие, при котором непроизвольная потеря мочи является социальной и гигиенической проблемой и подтверждается объективно [4–6].

Женщины, страдающие различными нарушениями со стороны мочеиспускания, редко обращаются к специалистам из-за стеснения. Многие из них считают, что данное явление вполне закономерно и что каждая женщина когда-либо отмечает симптомы недержания мочи. Одновременно с этим некоторые скептически относятся к возможности лечения у специалиста, т. к. не верят в эффективность лечения данной патологии [3, 6, 7].

В удержании мочи как в покое, так и при напряжении играет роль взаимодействие нескольких механизмов: сопротивление замыкательного аппарата уретры и мочевого пузыря, стабильность уретральной анатомической поддержки, адекватная иннервация всех перечисленных компонентов [8–10].

Существует множество различных классификаций данной патологии. В гинекологической практике приходится сталкиваться в основном со стрессовым и императивным типами недержания мочи, также их сочетанием.

Стрессовое недержание мочи – это непроизвольное выделение мочи при повышении внутрипузырного давления над внутриуретральным, но при отсутствии детрузорной активности [4, 6, 7]. По оценкам отечественной и зарубежной литературы, частота встречаемости стрессового недержания мочи у женщин составляет от 5 до 78%. До 20% таких больных встречается на урологических и до 31% – на гинекологических приемах [4, 8].

Причиной недержания мочи при напряжении является нарушение функции сфинктерного аппарата мочевого пузыря и уретры, возникающее при изменении нормальных уретровезикальных взаимоотношений [6, 8].

В норме у стоящей женщины шейка мочевого пузыря и проксимальный отдел уретры находятся в брюшной полости

выше тазового дна, поэтому давление в уретре равно или превосходит давление в мочевом пузыре. При различных нарушениях нормального анатомического уретровезикального соотношения при увеличении внутрибрюшного давления внутрипузырное давление превышает уретральное, что приводит к недержанию мочи [4, 5].

Причины, приводящие к развитию стрессового недержания мочи, те же, что и при генитальном пролапсе. Чаще всего это патологические роды (стремительные или затяжные) – в 51,1% случаев, в результате чего развиваются травматические и трофические нарушения в стенках уретры и шейки мочевого пузыря (гематомы, участки ишемии, надрывы мышечных волокон), в дальнейшем наступает их атрофия и замена фиброзной тканью, нарушаются эластические свойства уретровезикального сегмента [4, 13]. Тяжелые физические нагрузки (20,6% случаев), связанные с длительным статическим повышением внутрибрюшного давления, ведут к ослаблению связочного аппарата тазового дна, нарушению анатомических и функциональных уретровезикальных взаимоотношений. Однако следует подчеркнуть, что самостоятельно физическое перенапряжение редко приводит к недержанию мочи. Заболевание возникает из-за ряда других причин, а под воздействием физической нагрузки и воспалительных процессов в мочеполовых органах прогрессирует [4, 8]. Гормональные нарушения (15,6% случаев), возникающие в постменопаузе, приводят к снижению синтеза эстрогенов, гипотрофии эпителия мочевого пузыря, треугольника и уретры, снижению чувствительности адренорецепторов шейки мочевого пузыря и тургора тканей за счет уменьшения количества воды в них, вследствие этого происходит нарушение замыкательных механизмов [11, 13]. При операциях на органах малого таза (12,7% случаев) травмируются мышечно-фасциальные образования, развиваются рубцовые изменения в парауретральных тканях, ведущие к укорочению анатомической и функциональной длины уретры [4, 12].

Следовательно, стрессовое недержание мочи – это серьезная медицинская и социальная проблема, которая крайне негативно влияет на психологическое состояние пациентов.

Гиперактивный мочевой пузырь – клинический синдром, определяющий urgentное мочеиспускание (в сочетании или без urgentного недержания мочи), которое обычно сопровождается учащенным мочеиспусканием и ноктурией (мочеиспускание в период от засыпания до пробуждения) [14].

Ургентное (императивное) недержание мочи – непроизвольное выделение мочи при сильном позыве к мочеиспусканию. Частота ургентного недержания мочи в общей популяции составляет 30–50% [4, 13]. Императивное мочеиспускание по силе своего поведенческого влияния оказывает более сильное психологическое воздействие, нежели стрессовое [6, 7].

Причиной учащенного и ургентного мочеиспускания у большинства больных является гиперактивность детрузора. По определению последнего комитета по стандартизации терминологии функции нижних мочевых путей (2002), термин «гиперактивность детрузора» обозначает непроизвольные сокращения детрузора (амплитуда более 5 см вод. ст.), которые возникают спонтанно или могут быть вызваны специально (при изменении положения тела, кашле и т. д.), несмотря на то что человек пытается подавить эти сокращения волевым усилием (Abrams P. et al., 2002; Rovner E.S., Wein A.J., 2002).

Таким образом, в настоящее время термин «гиперактивный мочевой пузырь» (ГМП) является общим названием для обозначения всех приведенных клинических проявлений и нарушений акта мочеиспускания [13, 14].

Simeonova Z. et al. (1999) установили, что у женщин в возрасте старше 50 лет симптомы ГМП встречаются чаще по сравнению с женщинами в возрасте до 50 лет. Подтверждением данного факта служат морфологические изменения стенки мочевого пузыря [14]. В исследованиях Susset J.G. et al. (1978) было обнаружено увеличение с возрастом содержания коллагена в детрузоре, что может приводить к повышению упругости стенки мочевого пузыря и далее к симптомам ГМП. В дальнейшем Bercovich E. et al. (1999) подтвердили, что у пожилых людей содержание коллагена в стенке мочевого пузыря на 20–30% больше, чем у людей среднего и молодого возраста [13, 14]. Всеми авторами было отмечено увеличение содержания коллагена преимущественно 1-го и 2-го типа. Эти формы коллагена имеют прочные поперечные связи, что может способствовать повышению упругости стенки и в результате приводить к снижению адаптационной способности мочевого пузыря. Кроме того, в исследованиях Susset J.G. (1983) было отмечено, что с возрастом в детрузоре, наряду с повышенным содержанием коллагена, происходит также снижение плотности нервных волокон.

Клиника ургентного недержания мочи связана с поражением верхнего двигательного нейрона (выше поясничного спинального центра мочеиспускания). Сакральный парасимпатический центр мочевого пузыря находится в гиперактивном состоянии и получает тормозящее влияние со стороны вышележащих отделов спинного мозга. Начало и завершение акта мочеиспускания рассматриваются как прекращение или возобновление супраспинального торможения. При этом отсутствует тормозное влияние корковых и подкорковых центров мочеиспускания на спинномозговые центры и мочевой пузырь. Помимо центральной денервации и выхода из-под контроля гипермоторных спинномозговых центров, механизм возникновения гипермоторных нарушений функции мочевого пузыря может быть связан с периферической денервацией стенки мочевого пузыря [4, 7, 14].

Часто причиной возникновения ургентного недержания мочи являются различные гинекологические операции [4, 12].

СПАЗМЕКС®

тростия хлорид табл. 5 мг, 15 мг и 30 мг

**Совершенная
структура –
непревзойденные
преимущества**



**Высший уровень
безопасности
и эффективности
терапии
гиперактивного
мочевого пузыря**



РЕКААМА

П № 016196/01 – 04.03.2012;
П № 016196/02 – 04.03.2012

Антихолинергический препарат для лечения гиперактивного мочевого пузыря, обладающий исключительным комплексом преимуществ:

Эффективность и безопасность на высоком уровне.

Не вызывает побочных эффектов со стороны ЦНС, так как не преодолевает гематоэнцефалический барьер.

Нет метаболизма в печени.

Отсутствует взаимодействие с другими лекарствами.

Производитель Dr. Pfleger (Германия)

www.spasmex.ru

PRO.MED.CS
Praha a.s.

Эксклюзивный дистрибьютор:
ПРО.МЕД.ЦС Прага а.о.
(Чешская Республика)
Тел./факс: (495) 665-61-03

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ОЗНАКОМЬТЕСЬ
С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

Наступает это осложнение вследствие того, что нижнезадняя поверхность мочевого пузыря соприкасается с телом матки. Боковые поверхности мочевого пузыря прилегают к широким связкам матки, где проходят маточные артерии, а шейка его соответствует средней части передней стенки влагалища. Этим объясняется высокая частота повреждений мочевого пузыря во время гистерэктомий. Несколько реже травмируется мочевой пузырь при оперативных вмешательствах по поводу доброкачественных новообразований матки и придатков. Особенно часто травмируется мочевой пузырь при больших опухолях, исходящих из передней поверхности шейки матки [4].

■ Троспия хлорид (Спазмекс) является единственным четвертичным аммонием, за счет чего приобретает положительный заряд, становится гидрофильным и не проникает через гематоэнцефалический барьер

Таким образом, процесс удержания мочи в основном зависит от тонуса мышц тазового дна, состояния коллагеновых волокон в связочном аппарате малого таза, а также мышц-детрузоров мочевого пузыря. Оптимальная функция уретры тесно связана со структурами вне уретры: лобково-уретральными связками, субуретральной стенкой влагалища, лобково-копчиковыми мышцами и мышцами-леваторами. Очень важным фактором является состояние в этих структурах коллагена. Состояние кровоснабжения и трофики мышц-детрузоров, тазового дна, а также коллагеновых волокон в определенной степени зависит от уровня эстрогенов [4, 13]. Для адекватного повышения внутриуретрального давления при повышении внутрибрюшного давления необходимо полноценное состояние уротелия, эластичность коллагена, входящего в состав соединительной ткани уретры, сохраненный тонус гладкой мускулатуры уретральной стенки, полноценная васкуляризация уретры. Во всех указанных структурах расположены рецепторы к эстрогенам, прогестерону и андрогенам, и условия эстрогенного дефицита обуславливают быстрое развитие урогенитальной атрофии. После наступления менопаузы низкий уровень эстрогенов приводит к общему клеточному, биохимическому, бактериологическим и анатомическим изменениям в мочевом тракте [11, 13].

Ургентное недержание мочи лечится консервативно, и лечение направлено на подавление моторной активности мочевого пузыря и увеличение его функциональной емкости. Для этого используют фармакологические препараты, гипертермические манипуляции, тормозную электростимуляцию мышц промежности, электростимуляцию sacralных нервов, тренировку «интимных мышц» по Кегелю и т. д. [4, 11, 14]. Чаще всего физиотерапевтические и лечебно-физкультурные мероприятия у данных больных не эффективны, что вызывает необходимость поиска новых возможностей в их оздоровлении.

Медикаментозная терапия – первый и основной метод лечения всех форм гиперактивного мочевого пузыря. Лекарственные средства, применяемые с целью лечения ГМП, относят к различным фармакотерапевтическим группам и различают по механизму действия [14].

Среди лекарственных средств препараты антихолинергического действия являются первой линией лечения. М-холиноблокаторы, подавляя М-холинорецепторы, снижают сократительную функцию мочевого пузыря (в детрузоре имеются два вида мускариновых рецепторов (M2 и M3) [4, 14]. К настоящему времени выделяют пять видов мускариновых рецепторов, которые имеются в головном мозге (кора, гипоталамус), сердце, гладкой мускулатуре, базальных отделах переднего мозга и т. д., с чем и связано появление таких побочных эффектов при применении препаратов данной группы, как сухость глаз, кожи, расстройства со стороны ЖКТ, нарушение зрения, со стороны ЦНС – головокружение, головная боль, возбудимость, сонливость.

К данной группе лекарств относятся атропина сульфат, толтеродин тартрат (Appel R.A. et al., 1997; Jonas U. et al., 1997) [14]. Часто используется троспия хлорид (Спазмекс), который, помимо антихолинергического, обладает умеренным ганглиоблокирующим действием. Имеются указания на незначительное количество побочных эффектов при его применении.

Все препараты антихолинергического действия относятся к третичным аммониевым соединениям и являются липофильными и, соответственно, проникают через гематоэнцефалический барьер. Троспия хлорид (Спазмекс) является единственным четвертичным аммонием, за счет чего приобретает положительный заряд, становится гидрофильным и не проникает через гематоэнцефалический барьер.

Таким образом, троспия хлорид (Спазмекс) – препарат, который может применяться даже у пожилых, неврологических больных в связи с тем, что не проникает через ГЭБ, не вызывает центральных побочных эффектов, обладает локальным действием на уротелий, обладает прямым миорелаксирующим эффектом, нет метаболизма системой цитохрома P450 и, следовательно, отсутствует печеночный метаболизм, что позволяет значительно изменять дозировку препарата, не боясь токсического влияния на печень.

Поскольку одним из основных звеньев в патогенезе развития урогенитальных проблем является развитие эстрогендефицитного состояния, логичным представляется с целью их коррекции назначение заместительной гормонотерапии [4, 9, 10, 13, 14].

При наличии лишь сенсорных проявлений атрофического цистоуретрита и вагинита, т. е. при легкой степени проявлений, показано в основном применение локальной терапии [13]. У пациенток с легкой и средней степенью тяжести урогенитальных расстройств с целью коррекции как местных, так и системных проявлений гипоэстрогении применяют системную терапию.

